

Physician Registration Form

Pour remplir ce formulaire, nous vous demanderons de divulguer des informations vous concernant, telles que votre nom et vos adresses, numéro(s) de téléphone, adresses électroniques et qualifications. Vos informations personnelles seront utilisées dans le but de mener le registre de grossesse Gilenya et de surveiller la sécurité d'emploi du médicament. Vos informations personnelles seront recueillies et traitées par IQVIA et par toute société faisant partie du groupe IQVIA. Vos informations personnelles seront transférées à Novartis Pharma AG et toute société faisant partie du groupe Novartis afin de signaler tout problème de sécurité d'emploi du médicament aux autorités de santé, où qu'elles soient situées. Il sera exigé de tous ces destinataires qu'ils protègent vos informations personnelles conformément aux lois et à la réglementation en vigueur. Cependant, les destinataires pourraient se trouver dans des pays qui ne fournissent pas le même niveau de protection de vos informations personnelles que votre pays de résidence, y compris les États-Unis. Vous reconnaissez que vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des informations personnelles détenues à votre sujet, ainsi que votre droit d'opposition à cet égard en contactant votre interlocuteur IQVIA à l'adresse gpr@quintiles.com/gpr@IQVIA.com. IQVIA et Novartis emploieront des mesures de protection raisonnables, y compris physiques, électroniques et administratives, pour protéger vos informations personnelles en sa possession contre tout risque de perte, d'usage abusif et d'accès, de divulgation, d'altération et de destruction non autorisé(e).

Veuillez confirmer que vous avez lu et compris les informations ci-dessus. Veuillez indiquer votre volonté de remplir et de soumettre le formulaire de votre plein gré en cochant la case ci-dessous.

☐ En cochant cette case, je confirme que (1) j'ai lu et compris les informations ci-dessus ; (2) je remplis et sou mets le formulaire de mon plein gré ; et (3) je consens aux utilisations et divulgations de mes informations personnelles, telles que décrites ci-dessus.

Coordonnées du médecin	
Prénom	
Nom	
Type de prestataire de soins de santé (spécialité)	
Nom de l'établissement/hôpital	
Adresse	
Pays	
Numéro de téléphone	
Adresse électronique	
Télécopie	
Méthode de contact à privilégier	☐ Téléphone ☐ Adresse électronique ☐ Télécopie